INHALOTHÉRAPIE Demande de traitement

DT9132

Nom de l'établissement _____

Diagnostic médical

Date (Année / Mois / Jour)	Heure	Represcrit (Année / Mois / Jour)	Heure

Ordonnance(s) initiale(s)

Nombre de jours : _____ Fréquence : _____ **Urgent** ☐

Nom du médecin requérant

Aérosol doseur ☐
Aérosol ☐
Nébulisation par ultrason ☐
Débit de pointe ☐
prédite _____ L/M
Débits expiratoires forcés ☐

Spirométrie incitative ☐
Rééducation respiratoire ☐
Drainage postural ☐
Clapping/vibrations ☐
Aspiration ☐
Exp. provoquées (diag.) ☐

Canule nasale _____ Litre ☐
SaO_2 ☐ $ETCO_2$ ☐
Croupette ☐
Masque O_2 _____ % ☐
TRANSFERT : int. ☐ ext. ☐
Haute humidité _____ % ☐

Réanimation cardio-respiratoire ☐
Autres (préciser) : _____

SYMBOLES	⊘ Nul	+ peu	+ + modérément	+ + + beaucoup	N̄ Normal	↙ Diminué	↗ Augmenté

Date / Heure	Traitement méd./dosage	Toux	Expec-toration	DYSPNÉE PRÉ	DYSPNÉE POST	MURMURE VÉSICULAIRE PRÉ	MURMURE VÉSICULAIRE POST	Observations, identification et signature de l'inhalothérapeute ou autre professionnel, professionnelle le cas échéant

☐ **À SUIVRE**

☐ **CESSÉ : Motifs :** Congé ☐ Rx terminée ☐ Décès ☐

Signature _____ Date (Année / Mois / Jour)

N.B. : Suite au verso si nécessaire

Nom de l'usager	N° de dossier

Date / Heure	Traitement méd./dosage	Toux	Expec-toration	DYSPNÉE		MURMURE VÉSICULAIRE		Observations, identification et signature de l'inhalothérapeute ou autre professionnel, professionnelle le cas échéant
				PRÉ	POST	PRÉ	POST	

INHALOTHÉRAPIE Demande de traitement